3e Année. N° 5. 1er Mai 1882.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E.-J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXII

3e ANNÉE. N° 5. 1er MAI 1882

REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

De la pharyngite chronique en général et de la pharyngite latérale en particulier,

Par le Dr Th. HERING,

Médecin des hôpitaux civils à Varsovie (Pologne).

Malgré l'extrême fréquence des pharyngites chroniques causées et entretenues par l'abus du tabac, de l'alcool, ainsi que par la poussière, et en général par l'air vicié des grandes villes, l'anatomie pathologique de cette affection n'est que fort imparfaitement connue et son traitement ne présente nullement la précision désirable. La faute en est, non-seulement aux spécialistes, qui se bornent à un traitement purement local, mais aussi aux praticiens en général qui tombent dans l'excès opposé. Négligeant toute action topique, ils prescrivent des eaux minérales ou des inhalations de liquides pulvérisés, quand l'application du galvano-cautère pourrait seule constituer un traitement efficace.

Il me sera facile de prouver combien ces deux métho-

des, prises séparément, offrent peu de chance de réussite.

L'identité et la continuité de la muqueuse du pharynx avec celle qui tapisse la cavité naso-pharyngienne ont été jusqu'à présent trop peu prises en considération, et cette négligence est souvent la cause des résultats négatifs du traitement.

Quant à moi, une observation de plusieurs années, basée sur des recherches relativement nombreuses, m'autorise à établir qu'aucune maladie chronique de la gorge ne saurait être soignée sans une exploration simultanée du nez et du larynx, exploration avec laquelle on se familiarise facilement.

Avant de commencer la description des deux formes de pharyngites que je désire étudier dans ce travail, c'est-à-dire la *pharyngite granuleuse ou glanduleuse*, et la *pharyngite latérale hypertrophique*, j'essayerai de rappeler au lecteur certaines particularités histologiques de la muqueuse de l'arrière-bouche dont la connaissance nous est indispensable.

La muqueuse du pharynx présente, suivant l'endroit où nous l'étudions, des différences de structure. Dans la cavité naso-pharyngienne, c'est-à-dire jusqu'au voile du palais, elle est tapissée d'un épithélium cylindrique recouvert de cils vibratils; cette partie est plus riche en vaisseaux et en glandes, et par conséquent plus épaisse que la muqueuse de la partie orale du pharynx qui est recouverte d'épithélium pavimenteux lequel se transforme soit graduellement, soit d'emblée, en cellules ciliaires. La muqueuse du pharynx est moins riche en tissus adénoïdes qui tapissent surtout la partie supérieure de la voûte, les replis de Rosenmüller, l'orifice de la trompe d'Eustache, et la tonsille pharyngienne. Ce tissu adénoïde est formé de petits corpuscules arrondis et bien limités qui constituent les follicules muqueux du pharynx occupant les parties latérales de ce dernier. Souvent ils sont oblongs et placés à la suite les uns des autres ; d'autres fois, ils affectent la forme ovale ou présentent des agglomérations en bourrelets ou en chapelets. Nous trouvons en outre, dans les parties latérales, un grand nombre de glandes muqueuses siégeant dans le tissu sous-

muqueux ou le voisinage du muscle constricteur supérieur du pharynx. Dans d'autres points de la muqueuse, c'est-à-dire vers la paroi postérieure, le nombre et la distribution des glandes à mucus ainsi que des follicules présentent de nombreuses variétés.

Ceci posé, nous comprendrons plus facilement l'intensité et la localisation des pharyngites chroniques.

Mackensie donne la définition suivante du catarrhe chronique du pharynx :

« Le catarrhe chronique du pharynx constitue une inflammation chronique des follicules présentant deux variétés : la forme *hypertrophique* et la forme *esudative*. La première, c'est-à-dire la forme hypertrophique, s'attaque surtout aux glandes ou aux tissus épithéliaux qui viennent faire saillie sur la muqueuse en forme de granule ou d'excroissance. Dans la forme exsudative, les glandes sécrètent une liqueur blanchâtre et épaisse qui adhère à son lieu d'origine, ou s'épanche sur la muqueuse en y formant de petits îlots blanchâtres et adhérents. Nous ne savons jusqu'à présent quels sont les rapports entre les deux formes nosologiques; il est même possible qu'il n'en existe pas. »

Ces paroles de Mackensie prouvent combien l'anatomie pathologique de la pharyngite chronique est peu connue. La forme hypertrophique, c'est-à-dire la pharyngite granuleuse, a été plus étudiée. Quant à l'autre, pharyngite exsudative ou sèche, elle n'est que très imparfaitement décrite.

En 1880, M. Saalfeld, dans une étude de cette maladie, formula les conclusions suivantes :

Les granules et les rugosités qui dépassent le niveau de la muqueuse et atteignent quelquefois la grosseur d'un pois, présentent un aspect gélatiniforme, et sont habituellement entourés d'un réseau de vaisseaux sanguins congestionnés. La muqueuse qu'on voit poindre entre eux n'est que rarement hypertrophiée et quelquefois même atrophiée. En examinant ces excroissances sur le cadavre, nous pouvons facilement distinguer au sommet de chaque granule, une petite fente longitudinale, visible surtout sur les pièces préparées à l'alcool Saalfeld prétend avoir été le premier à découvrir ce détail.

L'exploration microscopique prouve que l'orifice du canal excréteur des glandes muqueuses est entouré par une couche épaisse de tissu adénoïde boursouflé; cette couche s'infiltre quelquefois d'une façon homogène dans les tissus de la muqueuse, sans former des follicules ronds ou oblongs; d'autrefois, on trouve à côté de cette couche diffuse des follicules engorgés où le stroma du tissu réticulaire est plus condensé. Les orifices des glandules hypertrophiées constituent en même temps les ouvertures des glandes muqueuses. L'épithélium qui couvre ces excroissances s'atrophie plus ou moins, de manière à ne laisser quelquefois qu'une ou deux couches de cellules. Il arrive même qu'il disparaît complètement, et alors la granulation présente à sa superficie une perte de substance. Le fait a été d'ailleurs entrevu par Stoerk, qui y rattachait l'irritabilité de la muqueuse dépourvue de l'épithélium protecteur. Il est vrai que, d'autre part, la description de Stoerk ne s'accorde guère avec les détails que nous venons de donner; il prétend que les granulations ou granules ne sont constitués que par des cellules épithéliales engorgées. Saalfeld explique cette différence de vues, en admettant que Stoerk avait examiné les granulations blanchâtres et plates qu'on voit souvent dans les parties saines du pharynx et de l'œsophage, et qui se composent surtout de cellules épithéliales.

Quant à la muqueuse, Saalfeld l'a trouvée peu altérée ainsi que les tissus sous-muqueux. Quelquefois cependant, elle était hypertrophiée, et présentait cette analogie avec les altérations de la conjonctive, que la quantité normale des follicules était augmentée. Il en est de même des corpuscules lymphatiques agglomérés autour des follicules ou dans le parenchyme de la muqueuse.

J'ai déjà indiqué que dans la pharyngite chronique les follicules boursouflés apparaissent surtout dans les parties latérales du pharynx, c'est-à-dire derrière le pilier postérieur; ils forment à ce niveau un bourrelet inégal ou des excroissances en crête de coq, ou bien encore affectent la forme d'un pli boursouflé faisant saillie derrière les piliers du palais. Cette forme nosologique a

attiré mon attention depuis assez longtemps, et les symptômes distincts qu'elle présente, sa fréquence, et le traitement spécial qu'elle réclame, m'ont engagé à en faire une forme séparée, et à l'inscrire depuis 1878 dans mon journal, sous le nom de *pharyngite hypertrophique latérale*. Je dois cependant ajouter que, n'ayant pas eu l'occasion d'étudier l'anatomie pathologique de cette maladie, j'hésitais à en publier la description; je m'aperçois que j'ai trop tardé sous ce rapport, m'étant laissé devancer par Schmidt, qui en a fait l'objet d'un travail spécial (*Pharyngite latérale*). Si donc je retrace encore une fois le portrait nosologique de cette maladie, ce n'est nullement dans le but d'une réclamation de priorité, mais pour de compléter les recherches de Schmidt par quelques détails anatomo-pathologiques et cliniques qu'il m'a été donné d'observer. Schmidt appelle cette maladie *Pharyngite latérale*, ou plutôt, inflammation des cordes latérales du pharynx ; il croit qu'elle est une variété de la pharyngite granuleuse, et constate qu'elle est mentionnée pour la première fois, dans l'ouvrage de Stoerk, qui la considère également comme une espèce de pharyngite granuleuse, en ajoutant, qu'elle cause souvent une hypéresthésie des parties affectées.

Luschka et Zaufal nous ont donné une très bonne description de la partie latérale du pharynx, et Voltolini a publié une excellente méthode d'explorer les parties affectées.

Si M. Schmidt avait accordé plus d'attention au travail de Voltolini, il y aurait vu que déjà Czermak avait connu cette maladie, ainsi que le prouve la description et le dessin qu'il en donne dans la seconde partie de son ouvrage sur le laryngoscope. Michel constate que déjà, en 1873, il avait décrit la pharyngite latérale en en indiquant le traitement. Bruns mentionne le boursouflement latéral du pharynx sous forme de bourrelet comme réclamant l'emploi du galvano-cautère.

Ces indications suffisent pour constater que la pharyngite latérale, bien que soupçonnée par les praticiens, n'a pas été suffisamment décrite, et c'est le mérite de Schmidt de lui avoir assigné une place séparée parmi les maladies du pharynx. *L'apparition d'un bourrelet oblong*

occupant les parties latérales du pharynx en constitue le symptôme dominant, l'épaisseur de ce bourrelet, varie entre celle d'un crayon, et celle du petit doigt, il est très rouge et se compose souvent de follicules infiltrés. Quelquefois, le bourrelet descend jusqu'à l'épiglotte ou même s'élève jusqu'à l'orifice de la trompe d'Eustache et à la suite de sa compression par le constricteur supérieur du pharynx, cause une sensation douloureuse dont les malades se plaignent au médecin. En effet, ce muscle, par sa contraction, forme une proéminence qui comprime le bourrelet placé entre lui et le pilier postérieur du palais. Schmidt dit qu'en accordant à ce mal une attention plus sérieuse qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, nous verrions diminuer les névralgies et l'hypéresthésie de la muqueuse pharyngée, dont le traitement serait plus facile et plus efficace.

Sans vouloir nullement contester le mérite de Schmidt, je crois que la description de la pharyngite latérale donnée par cet auteur demande à être complétée, surtout en ce qui concerne le diagnostic différentiel, d'avec la pharyngite granuleuse. On sait, en effet, que beaucoup de personnes ont pu avoir sans aucun inconvénient, à la paroi postérieure du pharynx, un nombre relativement considérable de glandes hypertrophiées; de même chez les fumeurs et chez les buveurs, la sensibilité du pharynx s'émousse graduellement. J'ai eu cependant occasion de voir des malades devenus hypochondriaques à la suite d'une affection chronique du pharynx; ce qui était d'autant plus étonnant, que ce dernier ne présentait que quelques boutons pâles, disséminés sur la muqueuse, et insensibles au toucher. J'ai, en particulier, constaté cette hypéresthésie sur des femmes chez lesquelles le mal de gorge se compliquait de symptômes hystériques très prononcés. Ces malades craignent toujours de mourir d'une phtisie laryngée, perdent la tranquillité et le sommeil, et courent d'un médecin à un autre. Nulle opération ne leur paraît trop douloureuse, ils se soumettent avec une véritable résignation à tout examen par le laryngoscope ou au moyen de la sonde, pleins de confiance qu'une exploration attentive saura enfin découvrir l'origine de leurs souffrances. Toute

cautérisation au nitrate d'argent ou à l'aide du galvanisme les soulage, et dès le lendemain ils annoncent une amélioration. Malheureusement, quand la douleur causée par la cautérisation est passée, les malades reviennent avec les mêmes symptômes. Ils se plaignent d'avoir la gorge comme brûlée ou desséchée, d'y sentir des picotements, la présence d'un poil ou tout autre corps étranger; leur arrière-gorge leur paraît glacée ou ils y sentent une chaleur persistante. Un refus absolu de répéter la cautérisation, de même qu'une assurance sérieuse qu'ils ne sont menacés d'aucun danger, est le meilleur remède qu'on puisse leur prescrire, et qui les tranquillise quelquefois; j'ajoute qu'il n'est pas rare d'entendre des chanteurs malheureux formuler les mêmes plaintes et attribuer à des maux de gorge la non réussite de leur carrière.

La pharyngite granuleuse s'observe particulièrement chez les personnes que leur genre de vie force à élever souvent la voix, tels que chanteurs, acteurs, prédicateurs, etc.; cette disposition s'accentue davantage chez les rhumatisants, chez les goutteux et chez les scrofuleux, où elle constitue un des nombreux symptômes des scrofules de l'enfance. On voit, en effet, que les enfants prédisposés à cette diathèse présentent vers l'âge de six à douze ans une hypertrophie graduelle, quoique peu considérable, des amygdales; ces dernières sont d'un rose pâle, leur tissu est spongieux, flasque; les orifices faciles à voir sont parfois obstrués par une sécrétion blanchâtre. La paroi postérieure du pharynx est parsemée de bourgeons charnus peu nombreux, mais d'un volume considérable, d'un rose pâle et qui des parties latérales convergent soit vers les amygdales en formant des bourrelets allongés, soit vers le repli de la muqueuse qui est également pâle, molle, et tout à fait insensible au toucher.

Cette variété de pharyngite granuleuse ne se distingue par aucun symptôme particulier; la déglutition est indolore, le toucher des parties latérales ne cause aucune sensation désagréable, et ce n'est qu'en avalant leur salive que les malades accusent une certaine difficulté. Les enfants atteints d'hypertrophie des tonsilles ronflent très

bruyamment durant leur sommeil; à leur réveil, ils expectorent une grande quantité de salive muqueuse grisâtre. Le froid ou tout autre cause aggravant la maladie, engage le patient à consulter le médecin, qui à l'exploration constate facilement des amygdales hypertrophiées et l'existence simultanée d'une pharyngite de la paroi postérieure, dont le seul symptôme désagréable est une sensation de sécheresse prolongée du gosier. Je crois être dans le vrai en désignant cette forme sous le nom de *pharyngite scrofuleuse folliculaire.*

Chez les adultes, cette affection occupe principalement les parties latérales du pharynx où la structure de la muqueuse lui est favorable.

Tout catarrhe aigu du pharynx présente (en dehors de la muqueuse congestionnée et boursouflée) un engorgement des follicules lymphatiques. Le nombre de ces derniers varie suivant l'intensité du mal, la structure de la muqueuse et la constitution générale du malade. Il en résulte que la quantité des follicules et leur volume varient suivant ces causes prédisposantes. Les follicules, d'ailleurs, apparaissent toujours sous la forme de petites aspérités blanchâtres, entourées d'un réseau de vaisseaux congestionnés. Les parties latérales du pharynx sont également gonflées et congestionnées; il arrive même quelquefois que la muqueuse faisant saillie entre les piliers postérieurs présente quelques boutons disséminés; ceci infirme l'assertion de Schmidt qui considère l'apparition des plis latéraux dans le catarrhe aigu du pharynx, comme le signe distinctif de la pharyngite latérale. La maladie touchant à sa fin, les bourrelets diminuent, et avec eux disparaissent aussi les boutons.

Il arrive cependant qu'à la suite d'un concours défavorable de circonstances, la maladie devient chronique, et alors nous voyons apparaître une affection *sui generis*, caractérisée par de nombreux et gros boutons, mais sans altération prononcée de la muqueuse. Ceci constitue la forme typique de la pharyngite granuleuse.

Si toutefois l'affection n'occupe que les parties latérales du pharynx, dont les plis congestionnés et boursouflés sont parsemés de boutons ovales ou allongés qui siègent autour ou sous le pli salpingo-pharyngien, la

maladie doit être appelée *pharyngite granuleuse latérale.*

On désigne également par ce nom une variété de la pharyngite où l'inflammation et le boursouflement de la muqueuse ne s'étendent qu'aux parties latérales de la paroi postérieure du pharynx, voisine des piliers postérieurs. Les observations suivantes confirmées par l'exploration microscopique des plis muqueux latéraux du pharynx justifieront, je l'espère, le nom que je donne à cette affection, et les signes distinctifs qui la caractérisent.

Observation. — M. S..., vingt-deux ans, lymphatique, est depuis longtemps sujet aux pharyngites, aux bronchites et aux rhumes de cerveau ; le père et la mère sont morts phtisiques, et lui-même a, dans son adolescence, eu une pneumonie catarrhale ; plus tard, c'est-à-dire il y a un an, il a commencé à cracher le sang. Il tousse beaucoup, et se plaint surtout d'une difficulté d'avaler et d'une sécheresse fréquente dans la gorge. L'exploration des poumons constate, en dehors d'une bronchite diffuse, une condensation du sommet gauche, de petits râles accompagnés de bruissements métalliques ; la paroi postérieure du pharynx est d'un rose pâle, recouverte d'un petit nombre d'aspérités.

Des deux côtés du pharynx, même sans soulever le voile du palais, on aperçoit derrière les piliers postérieurs, deux bourrelets de l'épaisseur d'un crayon rose pâle, composés de boutons de la grosseur d'une lentille, accumulés les uns auprès des autres, douloureux au contact de la sonde et ne touchant pas aux bourrelets de la trompe d'Eustache. Ceci est prouvé par le toucher digital, et par l'examen laryngoscopique.

Au moyen d'une anse en fil d'acier très fin, j'ai réussi à exciser une partie du bourrelet de droite. Il formait un repli de près d'un centimètre de longueur et de cinq millimètres de largeur, consistant en aspérités blanchâtres juxtaposées. L'exploration microscopique, faite par le docteur Przéwoski, professeur à la Faculté de médecine de Varsovie, a montré ce qui suit : épithélium de la muqueuse sensiblement grossi ; les interstices des cellules épithéliales contiennent quelques cellules lymphoïdes ; la muqueuse sous-épithéliale fortement infiltrée par des

corpuscules ambulants, au milieu desquels on a de la peine à distinguer quelques rares cellules lymphatiques. L'infiltration de la muqueuse est surtout visible au pourtour des vaisseaux et des orifices des glandes muqueuses. Le volume et l'hypertrophie des follicules lymphatiques sont augmentés, et ce sont ces derniers qui forment les aspérités granuleuses déjà mentionnées.

L'infiltration de la muqueuse s'étend au tissu sous-muqueux, où cependant, elle est moins prononcée, et occupe également le voisinage des vaisseaux sanguins.

Les glandes muqueuses qui se trouvent dans le tissu sous-muqueux sont également grossies. Leur tissu interstitiel est fortement infiltré de corpuscules ambulants; le protoplasme des cellules épithéliales est normal; les lunules des vésicules glandulaires sont grossies.

En comparant cette description aux détails donnés par Saalfeld, nous pouvons conclure que l'affection qui nous occupe justifie par son siège et par sa nature le nom de *pharyngite granuleuse latérale.*

Une autre variété de pharyngite latérale présente comme caractère distinctif des bourrelets épais, lisses, rougeâtres, qu'on aperçoit quelquefois après avoir repoussé les piliers, et qui apparaissent soit seulement d'un côté du pharynx, soit simultanément des deux cotés. *Ces bourrelets constituent une hypertrophie de la muqueuse qui sert de prolongement au pli salpingo-pharyngien, ce qu'on peut constater par l'exploration digitale et laryngoscopique.*

Ce bourrelet rouge entrave la déglutition, et il est beaucoup plus douloureux au toucher que dans la forme précédente. Quelquefois il s'étend jusqu'à l'orifice de la trompe d'Eustache, ainsi que le constatent le dessin et la description de Czermak. Je propose d'appeler cette variété : *pharyngite latérale hypertrophique.* D'un développement spontané, elle est souvent accompagnée d'une légère modification de la muqueuse de la paroi postérieure, et *le rôle des follicules lymphatiques n'y est que secondaire.*

Le processus morbide débute *par une inflammation du pilier postérieur du palais;* ce dernier grossit au point de ne former qu'une seule épaisseur avec le pli salpingo-

pharyngien. Quelquefois, il émerge à côté de ce dernier, en affectant de le dépasser par sa longueur.

On voit donc que Schmidt avait confondu deux affections distinctes dont j'ai tâché de spécialiser le diagnostic.

J'ajoute que les malades affectés de pharyngite hypertrophique latérale se plaignent souvent de picotements ou de douleurs dans l'oreille, d'une surdité passagère, et éprouvent de la difficulté à avaler leur salive; ce qui n'a jamais lieu dans la pharyngite granuleuse.

Je dois encore signaler, à titre complémentaire, une variété de pharyngite, désignée habituellement sous le nom de *pharyngite sèche* (pharyngitis sicca), mais dont l'anatomie pathologique n'est pas suffisamment élucidée.

Il nous est par conséquent impossible de préciser si cette maladie provient d'une altération de la sécrétion ou des modifications des follicules lymphatiques ou bien encore d'une altération de la muqueuse elle-même. Elle se confond d'ailleurs habituellement avec un catarrhe de la cavité naso-pharyngée, ou seulement de la cavité nasale. On l'observe à tout âge, et particulièrement chez des individus épuisés, mal nourris, et vivant dans de mauvaises conditions d'hygiène. La muqueuse du pharynx amincie, d'un jaune pâle, se couvre d'une couche légère de mucus adhérent comme du vernis et fort difficile a enlever, même à l'aide d'un pinceau. La luette est pâle, pointue, en forme de lance; la couche des tissus adénoïdes fait défaut dans la cavité pharyngienne, de même que dans la cavité naso-pharyngienne.

Wendt note comme symptôme particulier une atrophie des follicules lymphatiques et le petit nombre des glandes muqueuses; l'épithélium n'avait subi aucune altération. Michel explique la sécheresse de la muqueuse par la sécrétion diminuée du mucus, qui se dessèche à la surface, ce qui prouve que l'action des glandes mucipares est altérée.

On y observe quelquefois des croûtes dures, jaunâtres, verdâtres, adhérentes à la muqueuse au point que, pour les enlever, il faut avoir recours au râclage. Leur odeur indique quelquefois la présence simultanée d'un *Ozène*,

elle est fort désagréable pour le malade à cause de la sécheresse continue, de là des difficultés d'expulser les croûtes durcies, donnant quelquefois lieu à des quintes et à des vomissements.

Traitement. Le traitement des affections de la gorge varie suivant le caractère, la localisation, et la gravité des symptômes, de même que selon la constitution et l'âge du malade. — Je me bornerai à signaler la thérapeutique de la pharyngite latérale *granuleuse* et de la pharyngite latérale *hypertrophique*, sujet de cette étude.

Je considère comme première indication et base de tout traitement à instituer, que, dans les cas récents, accompagnés d'une forte congestion et de gonflements de la muqueuse, ainsi que de douleurs à la déglutition, il faut éviter toute cautérisation par le nitrate d'argent en substance. Employé d'une manière intempestive, ce remède ne ferait qu'accentuer la maladie, rendant la déglutition plus douloureuse et pouvant même occasionner des abcès péritonsillaires. Ici, les purgatifs et parfois les vomitifs se montrent très efficaces. En outre, et pour diminuer la forte congestion de la muqueuse, on applique six à huit sangsues des deux côtés de la gorge. L'administration de la glace soit à l'extérieur, soit absorbée par petits morceaux, soulage les malades presque instantanément.

En cas d'emploi de vomitifs, on aura surtout recours à une infusion d'ipeca, l'émétique irritant trop la muqueuse du pharynx.

Le malade évitera avec soin tous les mets trop chauds ou trop épicés, de même que toute émission prolongée de la voix et l'usage du tabac.

La sensation de sécheresse et de douleur dans la gorge diminue par l'emploi des gargarismes d'une eau légèrement alcaline, ou additionnée d'une petite quantité de bromure de sodium (8 : 400). Si le mal se propage au larynx, on se louera de l'effet des inhalations de vapeur d'eau tiède, soit pure, soit mélangée d'une petite quantité de chlorydrate d'ammoniaque (4 : 800).

Les pharyngites chroniques à forme sèche réclament l'emploi continu des gargarismes d'eau tiède salée, associés à l'usage des eaux d'Ems ou de Vichy. De temps

en temps, et pour activer l'inertie de la muqueuse, on aura recours au badigeonnage à la teinture d'iode pur ou coupé de glycérine.

Je n'ai pas eu à me louer de l'emploi de faibles solutions de nitrate d'argent, de tannin et de sulfate de zinc, en badigeonnages; mais par contre, et dans des cas rebelles, je me suis bien trouvé de l'usage interne de l'iodure de potassium et de sirop d'iodure de fer, suivant la constitution du malade.

Le traitement local habituel se compose de gargarismes, de badigeonnages et d'inhalations.

A mon avis, les gargarismes ne sauraient produire beaucoup d'effet, vu leur action nécessairement limitée à une très petite partie de la muqueuse du palais et de la paroi postérieure, et presque nulle sur les parties latérales affectées.

Le badigeonnage de toute la surface de la paroi postérieure du pharynx ne saurait être utile dans la pharyngite granuleuse, les malades essayant d'atténuer la douleur causée par le caustique, par l'absorption de grandes quantités d'eau en boisson. Or, la muqueuse intermédiaire n'étant nullement atteinte, rien ne saurait justifier le badigeonnage de toute la surface.

La solution de tannin, ainsi que la liqueur de Mandl et les inhalations, n'apportent qu'un soulagement passager. Le chlorate de potasse n'est nullement à la hauteur de la réputation qu'on lui a faite; il n'est réellement indiqué qu'en cas d'ulcérations simples ou diphthéritiques; il en est de même de la solution de permanganate de potasse dont l'action est presque nulle.

L'eau salée, le bicarbonate de soude, servent à disjoindre et à ramollir les croûtes qui gênent le malade.

Il me reste à parler de l'emploi des caustiques pour détruire les follicules hypertrophiées. Ce traitement, que je crois le seul rationnel, n'est indiqué qu'après la conviction faite et dûment justifiée, que la maladie est *réellement causée* et entretenue par les granulations de la paroi postérieure ou des parties latérales du pharynx; car il serait inutile de cautériser tout bouton ou repli inoffensif.

Je me suis toujours bien trouvé de l'emploi de nitrate

d'argent *in substantia*, ou de l'acide chronique qu'il faut cependant employer avec une prudence extrême, en touchant chaque excroissance séparément. Le nitrate d'argent agit d'une façon sûre et certaine dans la pharyngite granuleuse, quitte à l'employer plusieurs fois, mais jamais avant la chute de l'eschare provoquée par la cautérisation précédente. Pour faciliter la manipulation du remède, je l'adapte à une sonde en argent à angle variable et flexible, selon le besoin. La douleur disparaît au bout de quelques heures.

. L'emploi du galvano-cautère dans la pharyngite granuleuse, ainsi que dans la pharyngite latérale, est beaucoup plus efficace et moins douloureux.

Après avoir appliqué le cautère en T à froid sur la grosseur à détruire, on le chauffe à blanc, la douleur est presque nulle, et cesse en enlevant l'appareil; elle est d'ailleurs calmée par l'emploi prolongé de gargarismes à l'eau glacée. La croûte tombe au bout de trois à huit jours, et la réaction est moindre qu'à la suite de l'emploi du nitrate d'argent.

En outre, je n'ai jamais constaté de complications désagréables, telles qu'engorgements inflamatoires prolongés, abcès profonds. La méthode galvano-caustique jouit dans la pharyngite granuleuse et dans la forme hypertrophique latérale, d'une supériorité incontestable sur l'emploi de tous les anciens procédés. Introduite par Michel, préconisée par Bruns, Voltolini, Schmidt, Lœwenberg, le succès ne s'en est jamais démenti et son emploi fréquent m'a permis d'abréger considérablement un traitement qui, autrefois, demandait des mois entiers.

Chomel. — Gazette médicale, 1846.

Mackenzie. — *Die Krankheiten des Halses und der Nase*", traduction allemande par Semon, 1880.

Virchow's. — *Archiv Band 82. Heft 1* (1880) (Saalfeld).

Stoerkh. — *Krankheiten des Kehlkopfes.*

M. Schmidt. — *Deutsch. Archiv fur klin Medicin.* XXVI. — *Heft 3 und 4*, 1880.

Voltolini. — *Die Rhinoscopie und Pharyngoscopie*, p. 151.

Czermak. — *Der Kehlkopfspiegel*, p. 128.

Michel. — *Zur Behandlung der Krankheiten der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes*, 1880, p. 23.

Bruns. — *Die galvanokaustischen Apparate*, p. 448 (1878).
Wendt. — *Krankheiten der Nasenrachenhöhle und des Rachens. (Ziemssens Handbuch F. 7.)*
Hering. — *Gazeta leckarska*, 1881 (polonais).

Otologie

Pathologie et Thérapeutique générales de l'oreille, Diagnostic,

Par le Dr J. BARATOUX (1).

Perception crânienne.

La perception crânienne est basée sur ce fait que quand un corps sonore est en contact avec les os du crâne, une partie des ondes sonores est transmise directement au labyrinthe, par le squelette, sans passer par l'appareil de transmission tandis qu'une partie n'arrive à l'oreille interne qu'après avoir passé des os du crâne sur la membrane tympanique et sur les osselets. Plusieurs auteurs ont fait des recherches sur la transmission des ondes sonores par les os du crâne ; mais ce sont MM. Bonnafont et Politzer qui, les premiers, ont essayé d'utiliser ces résultats pour le diagnostic et le pronostic des diverses affections de l'oreille.

Pour faire l'examen de la perception crânienne, on fait usage habituellement de la montre ou du diapason.

Montre. — Lorsque l'on emploie la montre, il faut l'appliquer sur diverses parties du crâne ou de la face ; généralement on la place sur les points suivants : région pariéto-temporale, région parotidienne, région mastoïdienne, région pariétale, région coronale et sur les incisives supérieures. On note si le tic-tac est entendu en chacun de ces points ; l'on doit encore s'informer de l'intensité avec laquelle chaque bruit est perçu.

Il est bon d'interposer la main entre la montre et le méat auditif externe pour intercepter les ondes sonores qui pourraient se diriger vers ce dernier.

Mais la montre ne donne pas des résultats certains ; aussi préfère-t-on le diapason.

(1 Voir le no 3, 1er mars 1882.

Diapason. — Celui-ci étant mis en vibration, est appliqué par son manche sur la ligne médiane de la tête, au sommet de celle-ci, au front, à la racine du nez, sur les incisives supérieures et sur le menton.

La perception crânienne peut changer avec le point d'application du diapason et la hauteur de l'instrument. Aussi faut-il non-seulement se servir de diapasons de tons variés, mais encore les appliquer en des endroits différents. Le point de départ de cette recherche de la transmission des ondes sonores par le crâne, est qu'on entend mieux la montre ou le diapason, après s'être bouché les oreilles. Si une seule oreille est fermée, c'est de celle-ci que le bruit sera le mieux entendu.

On a donné diverses explications de ce phénomène. C'est celle de Mach qui paraît la plus vraie. Cet auteur dit que le renforcement du son est dû à ce que les ondes sonores transmises par les os du crâne au tympan se dirigent les unes vers l'oreille interne, et les autres vers l'extérieur. Celles-ci, trouvant un obstacle qui les empêche de sortir au dehors, se réfléchissent vers l'oreille interne; c'est ainsi que se produirait le renforcement du son.

Pour Politzer, à cette cause s'en adjoindrait une autre qu'ont signalée Rinne et Toynbee, c'est la résonnance de l'air dans le conduit auditif externe et dans l'oreille moyenne.

Quant à Lucæ, il ne voit dans ce phénomène qu'une augmentation de la pression labyrinthique.

Chaque fois que l'appareil conducteur sera dans un état anormal, il mettra obstacle à l'écoulement des ondes sonores. Aussi, les vibrations transmises par le crâne augmenteront d'intensité; c'est ce que l'on constate généralement dans les affections suivantes : bouchons cérumineux, corps étrangers, obstruction de la trompe d'Eustache, amas de mucosités et de pus dans le voisinage des osselets.

Donc, quand le diapason mis en vibration sur le sommet de la tête sera mieux perçu du côté de l'oreille malade, si la surdité est unilatérale, ou du côté de l'oreille la plus malade, si la surdité est double, on pourra penser que l'appareil de transmission du son est seul atteint et que le labyrinthe est intact.

Et si chez le patient, le diapason est mieux entendu du côté

normal ou du côté le moins malade, il est permis de conclure que la sensibilité du nerf acoustique est diminuée.

Cependant, la détermination de l'état de l'oreille par la perception crânienne est un moyen de diagnostic insuffisant pour savoir si c'est l'appareil conducteur ou l'appareil récepteur du son qui est atteint.

Lucæ a procédé de la façon suivante : il place un diapason de ton bas devant le méat auditif; au moment où les vibrations cessent d'être perçues, il le met sur l'apophyse mastoïde. Si ces vibrations sont encore entendues, plus est long le temps pendant lequel le diapason est entendu en face du méat, plus est certaine l'exclusion de toute complication de l'appareil conducteur du son. Si la note est perçue plus longtemps sur l'apophyse mastoïde qu'au méat, il y a un trouble de l'appareil conducteur.

Mais il ne faudrait pas cependant croire qu'il y a toujours un rapport entre la perception crânienne et l'acuité auditive; car on voit souvent des surdités nerveuses, des adhérences du tympan, etc., etc., dans lesquels le nerf auditif paraît être normal. Souvent aussi la perception osseuse diminue suivant l'âge et disparaît de cinquante à soixante ans, sans pour cela que l'audition soit changée pour l'oreille, ces personnes pouvant suivre une conversation.

La recherche de la perception crânienne peut encore se faire avec différents instruments que l'on emploie pour l'acuité auditive, tel, par exemple : l'acoumètre de Politzer. Pour cela, on y adapte perpendiculairement une tige de métal dont l'extrémité libre et élargie vient reposer sur les os du crâne.

Je ne reviendrai pas sur les différents appareils téléphoniques. Il me suffira de dire que les téléphones peuvent servir à l'étude de la perception crânienne en les appliquant sur la tête de la même manière que la montre et le diapason.

Tube interauriculaire. — M. Gellé a proposé d'apprécier la finesse de l'ouïe au moyen d'un tube de caoutchouc dont les deux extrémités seraient placées dans les conduits auditifs du patient.

Au milieu de ce tube, une montre est appliquée : la personne dont l'ouïe est fine l'entend alors aussi bien d'un côté que de l'autre; en la déplaçant de 2 à 3 centimètres vers la droite, à l'insu du sujet en expérience (on opère derrière

lui), celui-ci annonce le déplacement du corps sonore vers la droite, car l'oreille de ce côté a senti une impression plus forte. Il a donc suffi d'un léger déplacement pour que la notion du rapprochement du corps sonore eut lieu, et pour que son mouvement et sa direction soient exactement indiqués. L'augmentation d'intensité est assurément bien faible, et cela donne l'idée de la finesse de l'ouïe qui analyse de si petites différences.

Si l'on opère sur un malade, on place encore la montre au milieu du tube. Le son vient du côté de la bonne oreille; il est perçu à droite, par exemple, si c'est l'oreille de ce côté qui est bonne.

Si, au lieu de supposer l'oreille sourde, on pince le tube à gauche de la montre, on supprime l'oreille gauche; le son est porté à droite, et la sensation est latérale droite.

C'est là un excellent artifice pour étudier séparément la sensibilité acoustique de chaque organe. En même temps, rappelons qu'il est d'une application facile pour diagnostiquer la simulation.

Otoscope à trois branches. — Comme son nom l'indique, cet instrument se compose de trois tubes réunis par une de leurs extrémités. Deux des branches sont placées dans l'oreille du malade, et l'autre, dans celle du chirurgien.

On fait vibrer un diapason sur le crâne. Une partie des vibrations transmises par les os du crâne aux oreilles du malade s'échappent à travers les conduits auditifs par les branches de l'otoscope et arrivent à l'oreille du médecin. On comprime alternativement chacune des deux branches pour juger de la différence que les sons, sortant de l'une ou de l'autre oreille, présentent dans leur intensité et dans leur clarté.

Il est nécessaire de laisser épuiser le son du diapason et il faut faire attention à ce que la malade introduise également les deux branches de l'otoscope dans ses conduits auditifs. Au lieu d'employer un otoscope à trois branches, on peut se servir d'un otoscope à quatre branches; dans ce cas, deux d'entre elles sont destinées au médecin.

Otoscope interférent. — C'est un appareil que a fait construire pour déterminer la puissance de réflexion de l'oreille. Cet instrument n'est autre qu'un otoscope double

dont deux des branches sont introduites dans l'oreille du malade, une autre est placée dans celle du médecin, et la dernière communique avec un collecteur métallique de forme parabolique. Ce collecteur est destiné à recevoir les vibrations d'un diapason placé sur un pied isolant, contre lequel on frappe avec un petit marteau en bois. En comprimant alternativement chaque branche de l'otoscope, on peut déterminer la force avec laquelle les ondes sonores entrées dans chaque oreille sont réfléchies au dehors.

Cette méthode est basée sur ce fait, que les ondes sonores tombant sur une membrane tendue ne la traversent pas entièrement, mais sont en parties réfléchies, et que cette réflexion varie selon le degré de tension de la membrane.

L'on peut ainsi apprécier non-seulement si les lésions profondes de l'oreille qu'on ne peut reconnaître avec les autres méthodes d'exploration sont la cause de la surdité, mais encore, s'il y a maladie de l'oreille interne; car dans ce cas, les ondes sonores qui ont pénétré par l'oreille externe, sont réfléchies avec la même force.

C'est aussi en se basant sur le principe que nous venons de citer, que M. Gellé a proposé d'apprécier le degré de mobilité de l'étrier et d'élasticité de l'appareil d'accomodation.

L'auteur fixe au méat une extrémité d'un tube de caoutchouc dont l'autre aboutit à une poire à une insufflation ordinaire. De légères pressions sont faites sur la poire; elles sont transmises au tympan, puis au labyrinthe. En appliquant un diapason en vibration sur le tube en caoutchouc ou sur la bosse frontale, on remarquera que le son diminuera d'intensité, mais sans jamais s'éteindre chez l'individu dont l'oreille sera saine.

Mais il n'en sera plus de même à l'état de maladie. Parfois le son ne sera pas modifié, parfois il s'éteindra à la moindre pression; des bourdonnements et même des vertiges pourront apparaître.

Cette méthode assez simple sera donc de grande utilité dans certains cas.

Nous venons de passer en revue les divers moyens connus jusqu'à ce jour, pour apprécier le degré de sensibilité de l'ouïe. Nous avons pu aussi constater que depuis ces dernières années, de nombreux progrès s'étaient accomplis dans

cette partie de l'otologie. Grâce à l'électricité, nous possédons aujourd'hui des méthodes d'une précision beaucoup plus rigoureuses qu'autrefois; cependant, il ne faudrait pas croire que nous puissions toujours nous rendre bien compte de ce qui appartient dans la maladie aux différentes parties de l'oreille, car il nous manque encore des données bien précises sur l'appareil récepteur du son.

(A suivre.) Dr J. Baratoux.

De l'œsophagoscopie et de la gastroscopie.

Une erreur de mise en page nous a empêché de publier les deux figures relatives à l'article : œsophagoscopie et gastroscopie, que notre collaborateur, le Dr Baratoux, a publié le mois dernier.

L'explication qui suit chaque figure suffira pour permettre au lecteur de comprendre facilement la description qui a été donnée de ces instruments.

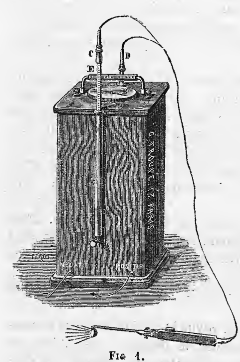


Fig. 1.

Cette figure représente la boîte contenant la batterie qui alimente le polyscope.

Cette boîte porte à son extérieur un rhéostat A, et deux contacts C D qui vont se terminer à un manche portant un réflecteur destiné à éclairer le pharynx dans la figure actuelle

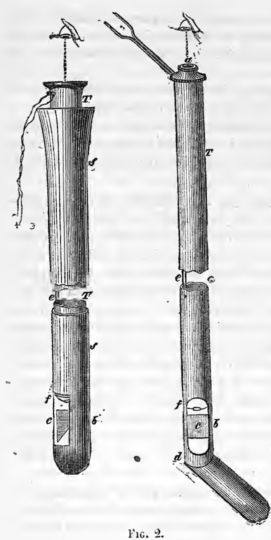


Fig. 2.

Les deux instruments sont destinés à éclairer la cavité stomacale.

Chaque instrument est constitué par un tube T, pénétrant dans une sonde œsophagienne S, qui en facilite l'introduction.

Il porte à sa partie inférieure, en face une petite fenêtre un prisme-loupe *b c*, à réflexion totale, et le fil de platine *e f*. Si le tube T est dégagé à sa partie inférieure, pour laisser voir le principe optique et le pouvoir éclairant, il est en réalité complètement étanché. Une simple fenêtre est réservée en face de la surface réfléchissante du prisme-loupe pour laisser passer les rayons lumineux.

Revue de la Presse

Herpès phycténoïde. — M. Hallapeau communique à la Société médicale des hôpitaux de Paris (séance du 10 mars 1882), en son nom et au nom de M. Tuffier, une note sur un cas d'herpès flacial et phycténoïde, avec gangrène des muqueuses buccale et pharyngée ayant entraîné la mort. Il s'agit d'une femme de vingt ans allaitant son enfant et qui sans malaise général, vit apparaître sur la joue droite deux bulles, suivies deux jours après de boutons semblables sur la

joue gauche, les ailes du nez et les parties voisines; huit jours après, la déglutition est difficile, la voix nasonnée, la muqueuse buccale est tuméfiée, la salivation abondante, les ganglions engogés.

L'état général s'aggrave, il survient de l'albuminerie et la malade succombe un mois après le début des accidents.

A l'autopsie, toute l'épaisseur de la muqueuse est sphacelée, ramollie; sur la partie inférieure du pharynx existent de nombreuses ulcérations dont la forme rappelle celle des bulles d'herpès.

Obstruction du pharynx par des aliments; mort. — (*Obstruction of the pharynx by food, death*). — Le Dr William Tomson a présenté à la « Surgical Society of Ireland» (séance du 13 Janv. 1882) un morceau de bœuf bouilli qui avait occasionné la mort d'un homme par son arrêt dans le pharynx. Etant attablé dans un restaurant, il tomba subitement de son son siège en ayant l'air de s'étouffer : transporté aussitôt à « Richmond Hospital », le résident essaya d'enlever la masse de viande avec les doigts, et ne pouvant, à cause de son volume, l'extraire de la bouche, il employa alors des pinces, mais il était trop tard, car le malade avait succombé. Le morceau de bœuf retiré pesait deux onces, et il semble avoir occasionné la mort non par son arrêt dans le larynx, mais plutôt par son enclavement dans le pharynx et la pression qu'il exerçait sur l'épiglotte. (*Brit. med. journ.*, 25 février 1882).

Traitement de l'amygdalite aiguë par le salicylate de soude. — (*Notes on treatement of acute tonsillitis by salicylate of soda*) — Depuis que l'on a démontré les connexions intimes qui relient le rhumatisme à certaines formes d'amygdalite, le Dr Joseph Hunt a eu l'idée d'employer le salicylate de soude dans cette dernière affection. D'après cet auteur, ce médicament, employé avant la formation du pus, aurait agi comme un véritable spécifique dans l'amygdalite aiguë et soulagé les malades en moins de vingt-quatre heures, en faisant diminuer le gonflement, calmant la douleur et la fièvre. Les doses employées sont de 90 centigrammes toutes les quatre heures pour un adulte et environ 60 centigrammes pour un enfant. Le seul désagrément à craindre sont quelques bourdonnements ou un peu de vertige passager. (*The Lancet*, 11 mars 1882).

Pharyngite strumeuse, accompagnée de dysphagie simu-

lant une affection maligne (*Case of strumous pharyngitis with dysphagia simulating malignant disease*). Le Dr Hunter Mackensie rapporte le cas d'une femme âgée de quarante-huit ans qui se plaignait d'une sensation de corps étranger au niveau du cartilage thyroïde; elle avait constamment besoin d'avaler, et ne pouvait, depuis le début de son mal, prendre aucun aliment solide ; elle commençait à maigrir. A l'examen, le pharynx était sec et recouvert de mucus filant s'étendant jusque derrière les fosses nasales postérieures, le larynx était sain. Le traitement consista en pulvérisations alcalines, faites trois fois par jour dans le pharynx et le nez, et l'administration à l'intérieur de pilules de fer et d'iodoforme. Après quelques mois de traitement, la malade guérit.

Laryngite sèche, accompagnée d'aphonie simulant l'hystérie (*Case of laryngitis sicca with aphonia simulating Hysteria*). — Le même auteur cite l'exemple d'une femme âgée de vingt-deux ans, qui se plaignait d'aphonie, sans aucun autre symptôme. L'examen laryngoscopique révéla la présence de mucus noirâtre, épais et visqueux recouvrant l'intérieur du larynx, surtout au niveau des cordes vocales, et occasionnant très probablement l'aphonie. Après avoir détergé ces parties, la malade put émettre quelques sons encore enroués à cause de la rougeur des cordes sous-jacentes, mais après un traitement régulier, la voix redevint normale. (*Brit. med. Journ.*, 4 mars 1882).

Œdème chronique de l'épiglotte, occasionnant une grande gêne de la déglutition guéri par la scarification (*Chronic œdema of the épiglottis, causing great difficulty of deglutition cured by scarification.*) — Le Dr Robert Torrance rapporte le cas d'un malade âgé de cinquante-trois ans se plaignant de gêne à la déglutition et de douleur à la gorge, symptômes qui avaient graduellement augmenté depuis quinze semaines. Depuis 48 heures, il ne pouvait avaler que les liquides :

Au laryngoscope, l'épiglotte avait un aspect vernissé, elle était énormément œdématiée et recouvrait la plus grande partie du larynx du côté droit. On ordonna des inhalations chaudes, mais le mal ne fit qu'empirer, et l'on dut nourrir le malade à l'aide de lavements nutritifs. Le 27 décembre on scarifia l'épiglotte avec l'un des couteaux de Tobold, qui détermina une petite hémorrhagie que l'on dut arrêter avec de la glace d'abord et du perchlorure de fer ensuite, et dès le len-

demian, le malade put avaler, mais la déglutition était un peu douloureuse.

L'auteur avoue qu'il ne peut établir la cause de cet œdème mais il fait observer que le malade avait contracté la syphilis dix-sept ans auparavant. (*Brit. med. journ.*, 25 février 1882.)

Extraction d'uu morceau de coquille d'œuf par la trachéotomie *(Removal of a Piece of Egg-Shell by trachéotomie).* — Le Dr Jordan Lloyd a présenté à la « Birmingham and Midland counties Branch; Pathological Section » (séance du 27 janv. 1882), un morceau de coquille d'œuf mesurant 3 millimètres environ, extrait de la trachée d'un enfant de dix mois par la trachéotomie, neuf jours après son introduction dans ce conduit.

L'on avait pensé à l'existence du croup, mais le véritable diagnostic fut basé sur l'apparition subite des symptômes après le repas, l'absence de fièvre, le caractère du cornage et de la toux. L'enfant suffoquait au moment de l'opération, mais le corps étranger étant sorti, aussitôt la trachée ouverte, on put enlever la canule vingt-quatre heures après. (*Brit. med. journ.* 4 mars 1882).

Un dé à coudre dans le larynx *(Thimble in the larynx).* — Le docteur Richard Jelley rapporte le cas d'un enfant de huit mois qui faisait de vains efforts pour respirer, était pâle, affaibli et se mourait. Le doigt introduit dans la gorge permit de constater que l'épiglotte était relevée, mais il n'indiqua la présence d'aucun corps étranger. L'enfant fut néanmoins placé les jambes en l'air, pendant qu'on lui frappait dans le dos, cette manœuvre ne produisit, tout d'abord, aucun résultat; mais au troisième essai, l'enfant rejeta, en toussant, un dé à coudre en cuivre. M. Jelley suppose que le dé était enclavé dans le larynx par sa partie la plus étroite, obstruant à ce niveau l'orifice glottique. *(The Lancet,* 18 mars 1882.)

Larves d'œstre dans les fosses nasales. — (*Œstri Larvæ in the nostrils*), par le Dr Kirschman. Une femme de la campagne, âgée de 50 ans, fut prise de violents éternûments, suivis d'épistaxis continuelles pendant trois jours à la suite desquelles elle se présenta à l'hôpital, l'hémorrhagie provenait de la narine gauche et la moitié de la face, de ce côté, était énormément tuméfiée. L'introduction de la sonde de Belloc étant fort difficile et trop douloureuse, on ordonna des injec-

tions avec une solution de perchlorure de fer. Après la première injection, la malade sentit remuer quelque chose dans son nez, et un moment après, un petit ver tomba de la narine, suivi bientôt d'un deuxième, d'un troisième et d'un véritable amas de vers semblables, mélangés avec une masse fétide que l'on reconnut être une grande portion de la cloison des fosses nasales. L'hémorrhagie s'arrêta ensuite et le gonflement commença à diminuer; les jours suivants, la malade rejeta encore quelques vers et guérit peu de temps après. Chaque ver mesurait environ deux centimètres de long, et appartenait à la variété appelée : Œstre de brebis (*Œstrus ovis*).

Les mouches déposent leurs œufs dans les narines des brebis et les larves grossissent, elles déterminent l'ulcération des sinus frontaux, souvent la gangrène des tissus, et occasionnent la mort des animaux. (*Wienn. med. Wochens*, 3 décembre 1881, et *N. Y. med. Rec.*, 11 mars 1882).

Examen des orifices de la trompe d'Eustache avec le doigt. — *(Digital examination of the orifice of Eustachian tube.)* Le docteur Wynne, dans le *Boston med. journ.* (17 nov.), désire appeler l'attention des médecins sur l'utilité de ce mode d'examen qu'il a pratiqué lui-même un grand nombre de fois. Il fait observer que ce procédé peut remplacer l'examen rhinoscopique, et permet de connaître l'existence des tumeurs, ou hypertrophies de la muqueuse qui recouvre le pharynx, l'apophyse basilaire et la partie postérieure des cornets. Il a encore l'avantage d'indiquer d'une manière précise la situation de l'orifice de la trompe d'Eustache et de faciliter ainsi le cathétérisme, dans les cas ou ces orifices sont ou déviés ou obstrués par des brides fibreuses (*Med. Tim. and Gaz.* 11 févr. 1882).

Maladie de l'oreille et abcès du cerveau (*Disease of the ear and abcess of the Brain*). — Le docteur Holbecke vient de présenter à la « Midland médical Society » (séance du 1er février 4882), l'hémisphère gauche du cerveau d'un enfant âgé de huit ans, offrant les traces d'une vaste cavité remplie de pus. Il existait au niveau de la portion pierreuse du temporal une perforation communiquant avec l'oreille. La dure-mère était saine. L'enfant avait, treize semaines avant sa mort, reçu un coup sur l'oreille et s'était plaint en même temps de douleurs.

Peu de temps après, un écoulement de l'oreille gauche calma les douleurs de tête, puis l'écoulement s'arrêta et les douleurs augmentèrent. Il n'y eut pas de paralysie, mais quelques convulsions, l'intelligence était encore intacte douze heures avant la mort. (*Brid. méd. Journ.*, 4 mars 1882).

Un cas de nécrose de la portion mastoïdienne du temporal (*A case of necrosis of the mastoïd portion of the temporal*). — Le docteur Taylor, de Goderich, rapporte devant la « Huron medical association », l'observation d'un garçon de sept ans, qui avait depuis quatre ans un écoulement de l'oreille droite, accompagné de gonflement au niveau de l'apophyse mastoïde. Une incision faite à ce niveau permit de retirer quelques morceaux d'os nécrosé. La plaie guérit rapidement et resta ainsi pendant quelques mois, puis survint un nouvel écoulement purulent par le conduit auditif et par la plaie mastoïdienne. Cette dernière complication semble être due à un morceau d'ouate qui était resté pendant quinze mois dans l'oreille. (*The Canada Lancet, Toronto*, mars 1882).

Affection chronique (non purulente) de l'oreille moyenne, bons effets de l'audiphone. (*Chronic non purulent disease of the middle ear, great benefit from the audiphone*). — Le Dr Cresswell Baber (de Londres) publie le cas d'une femme de 26 ans, atteinte de surdité et de bourdonnement. Deux de ses tantes sont devenues sourdes à 30 ans, ses père, mère, frères et sœurs entendent très bien. Les tympans sont un peu ternes et le triangle lumineux mal déssiné; elle fut traitée sans résultat appréciable par les moyens habituels (insufflations, vapeurs, etc.) ; elle entendait cependant un peu mieux pendant un jour ou deux après les insufflations, et trois ans plus tard, la surdité avait augmenté, surtout depuis les trois derniers mois. En lui fermant les yeux, elle entendait la voix parlée à un pied, tandis qu'avec l'audiphone de Rhodes elle percevait les mêmes sons à six ou sept pieds de distance. Elle entendait même mieux avec ce dernier appareil qu'avec le cornet acoustique ordinaire; un morceau de carton Bristol et l'éventail Japonais donnaient également de bons résultats, moins satisfaisants toutefois que l'audiphone de Rhodes.

L'auteur insiste surtout sur deux particularités : la première que la malade entendait mieux avec l'audiphone qu'avec le cornet acoustique, la deuxième, qu'elle entendait à l'aide du premier appareil la voix chuchotée, fait que n'avait pas

constaté l'inventeur lui-même. (*The spécialist.*, 1er décembre 1881.)

De la tuberculose de la cavité nasale et des sinus nasaux, par le Dr A. WEICHSELBAUN. — L'auteur a fait l'autopsie de 164 tuberculeux, parmi lesquels il n'a rencontré que deux cas de tuberculose de la muqueuse nasale bien caractérisés, il en donne une description macroscopique et microscospique détaillées. (*Allgem. Wurttemb. med. Zeg.*, n° 27 et 28, 1881. L. B.

De la pathologie et de la diphtérie, par O. UNRUH, de Dresde. — L'auteur distingue la diphtérie localisée et la diphtérie générale résultant de l'infection diphtéritique de l'organisme. D'après lui, l'albuminurie est le premier et le seul symptôme certain de l'infection générale. Elle apparaît après les premiers six jours de la maladie. (*Jahrb, f. Kinderheilk*, 2 et 3 1881.) L. B.

Porte caustique pour le larynx. — Le Dr SCHUSTER (d'Aix-la-Chapelle), emploie comme porte-caustique une simple sonde en verre, qu'il plonge dans du nitrate d'argent fondu, ou dans une solution quelconque. Pour introduire dans le larynx plusieurs gouttes en une seule fois, il a construit une espèce de compte-gouttes, en se servant également d'un tuyau en verre, dont un bout est élargi en forme d'entonnoir et recouvert d'une feuille en caoutchouc. Un peu plus loin, le tuyau est recourbé en forme d'U pour le doigt indicateur et le médius, tandis que le pouce s'applique sur la membrane en caoutchouc. A quelques millimètres avant la courbure finale qui s'adapte au larynx, se trouvent dans le tuyau, deux excavations pour empêcher le liquide de remonter jusque dans l'entonnoir. On charge l'instrument par une pression exercée sur la membrane. Son application semble pratique et il représente la simplification d'un autre appareil basé sur le même principe, qui existe déjà depuis longtemps. (*Berlin., Klin. Wochens.*, n° 6 1882). L.B.

La fièvre scarlatine et l'abcès rétro-pharyngien, par le Dr H. LEWANDOWSKY (de Berlin). — La complication de la fièvre scarlatine par l'abcès rétro-pharyngien, si rare qu'elle soit, est connue et a été déjà bien décrite par Bokaï. L'auteur, de son côté, fait la communication de deux faits analogues, où il avait pratiqué l'incision de l'abcès avec un succès complet.

Dans l'un, il s'agissait d'un enfant de douze mois, dans l'autre d'un enfant de sept mois. Il attribue l'origine de l'abcès rétro-pharyngien, du moins dans ces deux cas, à la vive inflammation des fosses nasales qui aurait causé consécutivement la phlegmasie et la suppuration des glandes rétro-pharyngiennes. (*Berlin., Klin. Wochens.*, n° 8 1882.) L. B.

Essai d'un traitement opératoire de l'ozène simple, par le prof. R. Volkmann (Halle. a. s.). — Volkmann raconte l'opération de deux jeunes filles atteintes d'ozène, auxquelles il a enlevé au moyen de la gouge les cornets inférieurs et la plus grande partie des cornets moyens du nez. Le succès fut surprenant (*Centralblatt f. chirurg*, n° 5, 1882). L. B.

Des affections tuberculeuses de la langue, par le Dr M. Nedopil. L'auteur distingue la tuberculose primaire de la langue et la tuberculose secondaire.

Tandis que la première se montre sous la forme d'éruption de grains miliaires, surtout sur les bords de la langue qui finissent par s'ulcérer, l'autre revêt plutôt la forme d'une tumeur qui peut atteindre la grosseur d'une noix et offre quelquefois des difficultés sérieuses pour le diagnostic différentiel. Le grand remède est l'extirpation radicale. Seule la tuberculose de la langue provenant d'une infection phymique générale n'est pas susceptible de guérison.

Le diagnostic différentiel et le traitement sont soigneusement exposés par l'auteur.

Un traitement énergique au thermo-cautère peut amener une guérison radicale. (*Wiener Klinik*, n° 9, 1881.) L. B.

Cas de spasme de la glotte, par Keesbacher. — A la suite de la fièvre typhoïde se déclarait, chez une jeune fille, une attaque de spasme de la glotte dont les accès devenaient de plus en plus fréquents. Seule, la morphine les faisait cesser.

La malade succomba par suite de morphinisme. L'autopsie ne donna aucun renseignement sur la nature de l'affection. (*Memorabilien*, 1881, 31).

Extraction de corps étrangers du larynx, par Elias. — Le tuyau d'une canule trachéale en caoutchouc durci s'était détaché et était tombé dans la trachée.

L'auteur fut assez heureux pour l'extraire et l'enfant fut rendu à la vie au moyen de la respiration artificielle. (58, *Jahresber; der Schles. Gesellsch. f. naterl. luttur in Breslau*, 1880-81.) L. B.

Troubles des fonctions de l'épiglotte, par le Dr B. Kussner. — Il s'agit d'une jeune fille de douze ans atteinte de papillomes dans le larynx ayant à la suite de la diphtérie, subi la trachéotomie. La respiration s'est parfaitement rétablie, s'accomplit très bien même quand on bouche la canule. Seulement si la canule est fermée pendant quelque temps, la malade est subitement prise de dyspnée, pour laquelle on ne sait trouver aucune autre cause qu'une fermeture plus ou moins absolue de l'entrée du larynx par l'épiglotte couchée en arrière. Peu de temps après, l'épiglotte se relève aussi spontanément qu'elle s'est abaissée, la véritable cause de ce phénomène ne pouvant être déterminée, l'auteur croit avoir affaire à un spasme des muscles de l'épiglotte. (*Berlin, Vilin. Wochensch.*, n° 9, 1882). L. B.

Du traitement des déviations de la cloison des fosses nasales ayant atteint un très haut degré, par le professeur A. Jurasz, de Heidelberg.

Les moyens thérapeutiques dont on se sert pour le traitement de cette affection ne sont ni fort nombreux ni très satisfaisants.

Michel, par exemple, recommande à ses malades de presser cinquante à cent fois par jour la proéminence de la cloison vers l'autre côté.

Un autre traitement consiste à enlever avec le couteau la partie saillante (Dieffenbach Roser), opération qui, quoi qu'en disent Hylm et Chassaignac, présente souvent des difficultés insurmontables.

Un pas en avant fût fait par Demarquay, qui décolla par une incision longitudinale, la cloison des parties latérales du nez, en se faisant ainsi libre accès pour l'opération avec le couteau.

Blandin, Rupprecht et Roser ont enlevé la partie saillante au moyen d'instruments du genre de l'emporte-pièce, méthode qui a toujours été la plus recommandée.

Mais en somme, aucun de ces traitements ne répond entièrement au but que l'on se propose. On doit donc regarder comme un grand progrès la méthode employée par Adams et par Jurasz qui a perfectionné l'instrument de ce dernier, pour atteindre une guérison radicale de cette infirmité. L'instrument perfectionné par Jurasz se compose :

D'une pince, munie de deux branches ayant la forme de la

cloison du nez, qu'on peut démonter comme un forceps. Les deux branches sont retenues sur la pince par deux crochets et reliées entre elles par une vis. L'instrument s'applique de la façon suivante : après avoir introduit séparément les deux branches dans les deux narines, on adapte et on ferme la pince. Ensuite, on remet la cloison en place, on attache les deux branches ensemble au moyen de la vis et on les décroche de la pince. Elles restent ainsi à demeure pendant trois jours pour être remplacées par deux plaques, en ivoire qu'on y laisse également quelque temps. (*Separat-Abdruck aus der Berl. Klin. Wochenschrift* 1882, nº 4). (1) L. B.

(1) M. le docteur Bayer, de Bruxelles, ayant eu déjà l'occasion d'employer cet instrument chez une malade de sa clinique et une autre de sa clientèle privée avec un succès complet, ne saurait trop le recommander. Il se propose du reste de publier ces deux cas un peu plus tard.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

DELAVAN. — Fibrome de l'amygdale. (*New-York, Pathol. Soc.*, 25 janvier, et *The med. Rec.*, 12 mars 1882.)

DESPRÈS. — Polype naso-pharyngien volumineux, ablation du maxillaire supérieur. (*Soc. de Chirurg.*, séance du 19 avril 1882.)

SIMON (Jules). — Angine pultacée et angine diphtéritique. (*Gaz. des hôp.*, 4 avril 1882.)

TRÉLAT. — Abcès rétro-pharyngien. (*Soc. de Chirurg.*, séance du 22 mars 1882.)

WEST (Samuel). — Sarcome de l'amygdale. (*The Patholog. Soc. of London*, 21 mars, et *Med. Times and. gaz.*, 8 avril 1882.)

Nez.

MULHALL. — De l'asthme dû aux maladies du nez. (*Saint-Louis, med. Soc.*, 14 janvier 1882, et *Saint-Louis, med. et surg. Journ.* nº 3, mars 1882.)

SIMON (Jules). — Coryza syphilitique, érythème généralisé. (*Gaz. des hôp.*, 4 avril 1882.)

Larynx.

AND (Louis). — Angine diphtéritique. (*La Thérapeutique contemporaine*, 29 mars 1882.)

DESPREZ. — Essai sur la symptomatologie du cancer primitif du larynx. (*Thèse*, Paris, 22 mars 1882.)

HARRISON. — Moyen d'apprendre la pratique du laryngoscope. (*The med. Rec. N. Y.*, 18 mars 1882.)

DE LAUNAY (Henry). — De la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. (*Thèse*, Paris, 30 mars 1882.)

KRISHABER. — Note additionnelle sur la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. (*France med.*, 4 avril 1882.)

SEMON. — Sur quelques rares manifestations de la syphilis dans le larynx et dans la trachée. (*The Lancet*, 8 avril 1882.)

Semon (Félix). — Paralysie bilatérale des dilatateurs de la glotte, et compression de la trachée dans un cas de tumeur maligne (?) de la glande thyroïde. (*Path. Soc. of London*, 4 avril 1882, et *Med. Times and Gaz.*, 22 avril 1882.)

Oreilles.

Ariza. — Otologie. Catarrhe chronique de l'oreille. (*El siglo, med.*, 19 et 26 mars 1882.)

Benson (Arthur). — Large séquestre provenant de l'os temporal. (*Surg. Soc. of. Ireland.*, 24 février 1882 et *the Brit. med. Journ.*, 15 avril 1882.)

Bezold. — Brûlure du tympan par les liquides. (*Arch. f. Ohrenh.*, Band., XVIII, Heft. 1 et 2.)

Desprès. — Otite interne, suppuration des cellules mastoïdiennes, trépanation. (*Gaz. des hôp.*, 20 avril 1882.)

Field (Georges). — Extraction des tumeurs osseuses du conduit auditif. (*The Lancet*, 1er avril 1882.)

Ely (Edward). — De l'iodoforme dans les suppurations de l'oreille moyenne. (*N. Y. med. Rec.*, 25 mars 1882.)

Frederick A. Pope. — Otite moyenne purulente. Carie d'une portion de l'os temporal, paralysie faciale unilatérale. (*The Dublin Journ. of. med. Sc.*, avril 1882.)

Gellé. — Otites suppurées à la suite du tamponnement postérieur des fosses nasales. (*Trib. med.*, 26 mars 1882.)

Knapp. — Un cas d'empoisonnement momentané à la suite d'instillations de quelques gouttes d'atropine dans le conduit d'une oreille saine. (*Arch. of Otol.*, n° 1, avril 1882.)

Knapp. — Un cas d'obstruction congénitale du conduit auditif gauche, ouverture, insuccès dû à l'hémophylie. (*Arch. of. Otol.*, n° 1, avril 1882.)

Lannelongue. — Tumeurs congénitales de la face. (*Soc. de Chir.*, séance du 22 mars 1882.)

Moore (Oliver). — Otite moyenne aiguë survenue dans le cours d'une otite purulente chronique, et se terminant par une nécrose du temporal, de l'occipal, du pariétal, et abcès du cervelet. (*Arch. of. Otol.*, n° 1, avril 1882.)

Munson. — Un cas d'otite purulente chronique, accompagné d'exostose du conduit auditif, abcès du cerveau, mort, autopsie. (*Arch. of. Otol.*, n° 1, avril 1882.)

Prentiss. — Un cas d'abcès mastoïdien ouvert dans le sinus latéral, pyohémie, mort. (*Amér. Journ. of. med. Sc.*, avril 1882.)

Rath Hedüiger. — Affections de l'oreille chez les employés de chemin de fer. (*Deuts. med. Wochen.*, n° 5, 1882.)

Régis. — Note sur un cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe, consécutives à une inflammation chronique de l'oreille moyenne. (*France med.*, 23 mars 1882.)

Weil (de Stuttgard). — Y a-t-il un bruit physiologique dans l'oreille. (*Monatssch. f. Ohrenh.*, n° 2, 1882.)

Wette (de Cologne). — Cas d'inflammation aiguë desquamative du tympan. (*Monatssch. f. Ohrenh.*, n° 2, 1882.)

Varia.

Abraham Harris Biekford. — Un cas de corps étrangers de la bronche droite pendant trois semaines. (*Med. Times and Gaz.*, 25 mars 1882).

Darwin. — Nouvel abaisse-langue automatique. (*The Lancet*, 22 avril 1882).

Davies (David). — Corps étranger de l'œsophage passé par l'anus. (*The Lancet*, 8 avril 1882.)

Marslall et Ringer. — Deux cas d'affections malignes de l'œsophage. (*Brit. med. Journ.*, 15 avril 1882.)

Morgan (Lewis). — Un cas de corps étrangers de l'œsophage suivi d'emphysème chirurgical. (*The Lancet.*, 8 avril 1882.)

Raymond. — Attaque appoplectique, ménoplégie brachiale et paralysie du même côté. Vaste ecchymose et œdème circonscrits à la moitié du voile du palais, du pharynx et des piliers correspondants; évolution de ces accidents morbides. (*Gaz. med. de Paris*, 22 avril 1882.)

OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL

Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée, par Morell-Mackensie, traduit de l'anglais et annoté, par MM. les docteurs E.-J. Moure et F. Bertier. — O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris. Prix : 13 francs.

Congrès international de laryngologie (première session, Milan, 1880) Compte rendu *in extenso*. — Prix : 10 fr.

Congrès périodique international d'otologie (deuxième session, Milan, 1880). Compte rendu.

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS

Causes de la surdité dans des écoles d'enfants, son influence sur l'éducation, etc., etc. (Causes of deafuen amoug school children aū dits influences en éducation, etc., etc., par le docteur Samuel Sexton. (Washington, 1881).

Sur la question de l'hémorrhagie après l'amygdalotomie (On the question of Hemorrhage after tonsillotomy), par le docteur Georges Lefferts, (Extrait des *Arch. of Laryngol.* nº 1, janvier 1882).

Considérations générales sur les indications de la trachéotomie (Considérazioni gereriche intorno alle indicazioni della tracheotomia), par le docteur F. Masseï. Naples, 1881.

Sur le mal d'oreille venant des oreilles, et les abcès du cerveau dus aux affections de l'oreille (On Earache, running from the ears, and abcess of the Brain from diseases, of the ear), par le docteur Byerson. — Toronto, 1881, Dudley et Burns, éditeurs. 11. Colborn Str.

Le propriétaire-gérant, Dr E.-J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.